Lane Medical Library

Zwei Fälle

von

Tumoren an der Basis cranii.

Inaugural-Dissertation

der medicinischen Facultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt

von

J. Suchinoff

aus Russland.

Jena, 1880.

Druck von A. Neuenhahn.

Ich will zuerst meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Hofrath Professor Nothnagel, der mir die Möglichkeit diese zwei Fälle zu veröffentlichen gegeben hat, meinen herzlichsten Dank aussprechen.

Name: Pommnitz, Gustav, 40 Jahr, Handarbeiter. Heimath: Marienthal b. Eckardtsberga. Aufnahme: 20. XII. 1879. Entlassung: 1. II. 1880.

Diagnose:

Tumor cerebri (mittlere Schädelgrube).

Anamnese:

Vater des Pat. lebt und ist gesund, die Mutter hat mehrere Jahre hindurch an Herzklopfen gelitten und eine halbseitige Lähmung gehabt. Die Todesursache derselben ist unbekannt, ebenso die eines älteren Bruders. Ein Bruder lebt und ist gesund. Pat. hat als kleines Kind die Masern gehabt, darauf im 7. oder 8. Lebensjahre den Typhus. Im 17. Lebensjahre will er $^3/_4$ Jahre hindurch am Wechselfieber gelitten haben, die Fieberanfälle sollen zuerst jeden 2ten Tag, darauf täglich aufgetreten sein. Während Pat. im Jahre 1862 Militär war, inficirte er sich venerisch. An der Eichel war ein Geschwür, das local behandelt worden ist, ausserdem rechtsseitige Bubonen, von denen einer sich entzündete und geschnitten wurde. Sonst sollen am Körper keine Ge-

schwüre, wie Exanthem bemerkt sein. Pat. machte eine mehrwöchentliche Schwitzcur durch. Von jetzt, ungefähr 14 Tagen — den Tag vermag Pat. nicht genau anzugeben — bemerkte Pat., dass er doppelt sah, sobald beide Augen geöffnet waren. Er sah rechts oben und hinten von dem wirklichen Gegenstand den zweiten. Wurde ein Auge geschlossen, so sah Pat. immer den Gegenstand an seiner richtigen Stelle. Wurde das rechte eine Zeit hindurch durch ein Tuch verschlossen und darauf geöffnet, so sah Pat. eine kleine Weile einfach, dann wieder doppelt. Die Sehschärfe beider Augen soll nach Angabe des Pat. gleich gewesen sein, ebenfalls will er mit dem rechten Auge ebensogut Farben unterscheiden können, wie mit dem linken. Die rechte Augenspalte wurde rasch kleiner als die linke. Ferner konnte das rechte Auge nicht nach aussen bewegt werden. 3 Wochen vor diesen Erscheinungen stellte sich Müdigkeit und Mattigkeit im ganzen Körper, besonders in den unteren Extremitäten ein, so dass Pat., wie er angiebt, fast über die eigenen Füsse fiel. Schmerzen sollen nur in der Stirn bis zur Haargrenze bestanden haben, die in Paraxysmen auftraten und langsam von rechts nach links zogen. Der rechte Nasengang soll sich insoweit verändert haben, als dass Pat. nur das Gefühl zum Niessen in diesem verspürte. So oft er niessen musste, wurde die Schleimhaut des linken Nasenganges gereizt. Pat. wurde vom Arzte mit Jodkalium behandelt und will eine leichte Besserung seines Leidens bemerkt haben. Am 20. XII. 79. erfolgte die Aufnahme.

Status praesens 21. XII. 79.

Pat. klagt über reissende Schmerzen in der Stirn, welche rechts über dem Auge beginnen und nach oben

bis zum Scheitel, nach rechts über die Stirn hinziehen, welche anfallweise auftreten und zuckend stehend eine Weile anhalten. Nach einigen Minuten ist der Anfall vorbei. Pat. ist schmerzfrei. Fast alle halbe bis ganze Stunde kommen die Anfälle, weniger in der Nacht. Ausser dem Klagen über den zeitweisen Schwindel beim Gehen, so dass Pat. nach der rechten Seite schwankt, stellt sich noch Doppelsehen besonders beim Blick nach rechts ein.

Pat. ist ein mittelgrosser Mann von gutem Knochenbau, ziemlich guter Muskulatur. Haut etwas blass, trocken. Temperatur nicht erhöht. Patient ist sonst ausser Bett. 60 Pulse. 16 Resp. Radialis weich, nicht geschlängelt, ziemlich eng, Welle etwas niedrig, Spannung annähernd mittel. Puls links etwas kräftiger, als rechts. Kein Oedem, vorn am Rumpfe einige Acnepusteln. Hinten am Rücken sehr zahlreiche frische Acnepusteln. Rechts im Sulcus coronarius eine undeutliche alte Narbe. In der rechten Leistenbeuge eine verheilte alte Bubonennarbe. Leistendrüsen nicht vergrössert. Desgleichen nicht Cubitaldrüsen und Drüsen am Halse. Keine dolores osteocopi.

Gesichtsausdruck matt, etwas leidend, schmerzlos. Kein Icterus. Keine Cyanose. Zunge feucht, etwas grau belegt. Rechte Lidspalte etwas kleiner als linke. Mässige rechtsseitige Ptosis. Beim Blick gerade nach vorn oder nach rechts stehen beide Bulbi gleich gerichtet. Pat. vermag das rechte Lid nicht so wie das linke zu erheben. Beim Blick nach rechts bewegt sich der linke Bulbus gut, der rechte nur sehr wenig, dabei rückt der Bulbus etwas nach unten und aussen, so dass der obere Cornealrand rechts tiefer steht, als links. Der rechte Bulbus wird nicht über die Mittellinie hinaus bewegt.

Nach innen bewegt sich der rechte Bulbus gut, weicht ebenfalls etwas nach unten ab. Beim Blick nach oben bewegt sich der rechte Bulbus gut, bleibt aber etwas gegen links zurück. Bewegung nach unten ist intact. Bei Bewegung nach oben-aussen und unten-aussen bewegt sich der Bulbus etwas nach oben und unten. Die Bewegung nach oben-innen ist gut, die nach unten-innen rechts etwas stärker, als links. Pupillen beiderseits gleich, reagiren gut.

Im Facialisgebiet keine auffällige Lähmung. Die mimischen Bewegungen geschehen beiderseits gleich gut. Temporales, Masseteren reagiren gut. Bewegungen des Kopfes frei. Auf der linken Seite der Nase riecht Pat. gut, auf der rechten nicht. Von aussen ist kein Unterschied an der Schleimhaut zu bemerken. Auch behauptet Pat. beim Niessen das Gefühl vorher nur in der linken Seite der Nase zu haben. Gehör gleich. Zunge wird gut hervorgestreckt, gut bewegt. Er schmeckt auf beiden Seiten der Zunge. Mit dem linken Auge sieht Pat. vollkommen normal, auch mit dem rechten Auge allein sieht er scharf. Wenn der Gegenstand nach aussen bewegt wird, sieht er ihn matter, da er mit dem Auge nicht folgen kann. Pat. trägt, wenn er herumgeht, den Kopf hoch und etwas nach hinten und leicht nach rechts gedreht und geneigt. Doppelbilder sind vorhanden, wenn Pat. nach rechts sieht. Feine Nadelstiche werden im Gesicht gleich empfunden. Sonst am Körper keine Störungen, auch keine sensible Störungen am Körper. Defluv. capill. Thorax mittellang, breit, tief, gut gewölbt. Gruben an der Clav. deutlich. Claviculae stehen normal. Acnepusteln, die besonders zahlreich an der hinteren Thoraxhälfte sind, nichts Abnormes. Herzspitzenstoss

bei Exper. ganz schwach fühlbar im 4. Intercostalraum, etwas nach innen von der Mamillarlinie.

Percussion ergiebt vorn nichts Abnormes. Herzdämpfung wenig ausgeprägt. Untere Lungengrenze in der rechten Mamillarlinie an der 6. Rippe verschieblich. Ebenfalls hinten. Keine Dämpfung.

Auscultation. Herztöne dumpf, rein. Ueber den Lungen überall vesicul. Athmen.

Abdomen im Niveau des Thorax, weich eindrückbar. Druck nicht empfindlich. Percussionsschall auf Nabelhöhe laut, hoch, tympanitisch. Reg. iliaca dex. gedämpfter als sinistra. Leberdämpfung reicht in der rechten Mamillarlinie bis zum Rippenbogen, nach links hin nicht abzugrenzen. In der Milzgegend keine abnorme Dämpfung.

Urin goldgelb, schwach flockig, getrübt, sauer, spec. 1200. Kein Albumen. Kein Zucker.

Ordo: Kalii jod. 1,0 pro die
Galvanisiren.

5. I. 1880. Ophthalmoscop. Befund negativ. Sehschärfe auf dem rechten Auge nur $^1/_4$—$^1/_5$ geringer als auf dem linken.

6. I. 80. Pat. hat noch zeitweise fast jeden Tag geringes schmerzhaftes Ziehen der linken Augenbrauen, was ihn aber nicht belästigt.

Der Status des rechten Auges ist etwa derselbe, wie bei der Aufnahme des Pat.

Ordo: Kalii jodat. 1,0 pro die
Galvanisiren (Anod. hinter dem rechten Ohr. Kathod. über dem rechten Auge.)

Klinik. 7. I. 80. Pat. klagt über Doppeltsehen, reissende Schmerzen im Kopf, Delirien, Gedächtnissschwäche. Panniculus normal. 116 Puls. Rad. nicht geschlängelt,

weich, mittel weit. Welle ziemlich hoch. Spannung normal. Haut trocken, normal temperirt. Kein Exanthem. Am Rücken Jodpusteln. Sensorinen frei. Gesicht etwas blass. Lippen normal roth. Bulbi prominiren etwas. Rechte Lidspalte enger. Das rechte Lid kann nicht bewegt werden. Bulbus bewegt sich gut nach innen, ebenfalls gut nach unten wie nach oben. Rechte Pupille am Abend weiter, am Morgen enger. Abducens vollständig gelähmt. Beim Blick nach links geht linke Bulbus nur etwas über Medianlinie hinaus, rechte Bulbus geht etwas nach unten. Trochlearis functionirt. Nadelstiche auf der Stirn rechts schärfer, als links. Auf den Wangen gleich. Zunge gerade herausgestreckt und gut nach allen Seiten bewegt. Sprache intact. Pat. riecht rechts schlechter als links. Schmeckt beiderseits gleich. Bewegung der Beine gut, Druck beider Hände gleich. Palpation des Kopfes schmerzlos. Herztöne rein. In den Spitzen vesiculäres Athmen, hinten ebenso. Percussionsbefund negativ. Appetit gut. Urin normal. Stuhlgang normal. Residuen von Lues im Rachen nicht zu finden.

Ordo: Kalii jodat. weiter zu nehmen 1,0 pro die
täglich eine Injection von Hydr. bichlorat
corros. täglich Baden und Schwitzen.
Galvanisiren.

8. I. 80. Beide Bulbi stehen in der Mittellinie, wenn Pat. den Kopf gerade hält. Beim Blick nach links bewegen sich beide Bulbi normal derart, dass neben dem inneren Cornealrand des rechten Auges noch etwas Sklera, neben dem äusseren Cornealrand des linken noch etwas mehr Sklera zugehört. Beim Blick nach unten ist rechts noch etwas Iris zwischen Pupillen und Lid zu sehen,

links bewegt sich der Bulbus noch weniger gut nach unten, so dass das betreffende Stück Iris noch grösser ist. Beim Blick nach rechts bleibt der rechte Bulbus still stehen, der linke bewegt sich sehr wenig, so dass neben dem inneren Cornealrand der linke Bulbus noch Irisbreite zu sehen ist. Beim Blick nach oben bewegen sich beide Bulbi gleich aber wenig, derart, dass am linken Bulbus der obere Cornealrand kaum verschwindet, beim Blick nach oben rechts bewegt sich der rechte Bulbus nur etwas nach oben, der linke etwas nach oben und rechts, aber zu wenig. Beim Blick nach unten rechts bewegt sich der rechte Bulbus nur nach unten, der linke nur nach unten und rechts. Beim Blick nach oben links bewegen sich beide Bulbi gut nach links, aber sehr wenig nach oben. Beim Blick nach unten links bewegen sich beide Bulbi etwa normal, doch ziemlich wenig.

13. I. 80. Völlig normaler ophthalmoscopischer Befund am Augenhintergrund und den Pupillen.

31. I. 80. Pat. hat 21 Mal geschwitzt und 11 Injectionen erhalten. Ausserdem seit seiner Ankunft etwa 6 Wochen täglich 1,0 Kalii jodat. genommen. Keine Schmerzen. Auch sonst keine subjectiven Beschwerden. Auch geht er leicht schwankend und verfehlt oft das Ziel. Der Kopf wird etwas nach hinten geneigt und leicht nach rechts gedreht getragen. Mässige rechtsseitige Ptosis. Links keine deutliche Ptosis. Bulbi stehen geradeaus gerichtet. Pupillen gleich weit. Leichte doppelseitige Conjunctivitis. Beim Blick nach rechts bewegt sich der rechte Bulbus nicht über die Mittellinie, der linke etwas mehr als früher, auch bleibt der innere Cornealrand um Irisbreite von der Mittellinie entfernt. Nach unten anscheinend gute Bewegung beider Bulbi.

Nach oben werden beide Bulbi nur sehr wenig bewegt, derart, dass links der obere Cornealrand am oberen Lid zu stehen kommt, nach links anscheinend normal.

1. II. 80. Pat. auf Wunsch entlassen.

Name: Seel, Therese, 28 Jahr, Glockengiessersfrau. Heimath: Apolda. Aufnahme 11. XI. 1879. Entlassung 1. III. 80.

Diagnose:

Tumor cerebri (mittlere Schädelgrube).

Anamnese:

Der Vater der Patientin ist an der Auszehrung gestorben, die Mutter wie die Geschwister leben und sind gesund. Pat. will von den Kinderkrankheiten keine gehabt haben. Im 14. Lebensjahre hatte sie 17 Wochen hindurch den Typhus, Anfangs September hatte sie dieselbe Affection. Das rechte Augenlid wurde gelähmt, so dass Patientin nicht sehen konnte. Daneben bestanden Schmerzen in der ganzen rechten Kopfseite, die in Paroxysmen von $^1/_4$—$^1/_2$ Stunden auftraten und einen reissenden Character hatten. Ferner besteht ein continuirlicher Schmerz im rechten Auge. Diese obigen Schmerzen sollen besonders nach Kälte auftreten und scharf am Kinnrande sich abgrenzen. Während des Paroxysmus soll rechtsseitiges Ohrensausen bestehen. Patientin will durch das rechte Nasenloch schlechter athmen können, als durch das linke, da es verstopft. Beim Kauen soll rechts das Gefühl gewesen sein, als wenn die Zähne locker wären. Im Zahnfleisch sollen continuirlich zuckende Schmerzen gewesen sein. Jetzt besteht die Affection ungefähr 3

Wochen. Das Schliessen des Auges ging in 3—4 Tagen vor sich. Ausserdem sollen 8 Tage hindurch Schmerzen in beiden Vorderarmen und Händen bestanden haben, die auch in Paroxysmen auftraten, besonders Nachts. Pat. ist seit dem 18. Jahre menstruirt, die Mensen erfolgen unregelmässig, kommen in Intervallen von 4 Wochen bis $^1/_4$ Jahr, dauern nur 1 Tag, sind schmerzlos. Letzte Regel vor 6 Wochen.

Pat. hat 2 gesunde Kinder, 1 Abortus im 6. Monat. Kein Lues.

Status praesens 12. XI. 79. Klinik.

Das rechte Auge der Patientin ist geschlossen. Pat. klagt über Kopfschmerzen rechts, Schmerzen in beiden Armen und zeitweise im Rücken. Ausdruck schmerzlos. Lippen frisch. Knochenbau, Musculatur und Panniculus normal. Kein Oedem. Narben am linken Bein an der Aussenseite. Puls 108. Resp. 22. Haut am Rumpf weich, trocken. Temperatur nicht erhöht.

Linke Auge normal, rechte geschlossen. Rechte Bulbus prominirt etwas. Pat. kann das rechte Auge nicht öffnen. Beim Versuch, runzelt sich die Stirn und oberes Lid wird ganz wenig gehoben. Beim Versuch zu schliessen, treten Runzeln auf beiden Seiten ein. Rechte Auge steht starr und kann nicht nach innen bewegt werden. M. rectus inter. dext. gelähmt. Linke Auge bewegt sich nach unten, rechts nicht, ebenso in die Höhe. Pat. kann nur minimale Bewegungen machen. Pat. kann seitlich nicht das rechte Auge wenden. Pat. kann mit dem linken Auge gut sehen, ebenso rechts. Pat. sieht keine Doppeltbilder. Pat. kann gut pfeifen und lachen. Sprache intact. Pat. hat Schmerzen in der ganzen rechten Kopfseite. Pat. kann rechts schlecht

kauen. Contraction der Masseter. gleich, am temporalis rechts etwas schwächer als links. Laterale Bewegungen des Kopfes normal. Schmerzen im Kopfe kommen ruckweise alle paar Stunden, dauern verschieden lang, einige Minuten bis halbe Stunde, und haben neuralgiformen Character.

Sensibilität: Druck links im Gesicht stärker als rechts. Nadelstiche gleich empfunden. Rechts will sie etwas stärker riechen. Schmeckt leicht auf der rechten Seite der Zunge. Pat. kann gut schlucken. Händedruck fest und gut. Bewegungen der Extremitäten sind gut. Pat. kann gehen. Sensibilität normal. Percussion des Kopfes nicht empfindlich. Schmerzen im Arm vom Ellenbogen bis Handgelenk besonders Nachts. Objectiv nichts zu finden. Schienbeine sind glatt. Appetit schlecht. An den Lippen nichts zu sehen. Tonsilitis und Rachencatarrh. Keine Narben. Defluv. capill., rechts mehr als links. Lungen normal, Herztöne rein P. 116. Urin gelb, sedimentirt, leicht neutral reagirend.

Ordo: Kalii jodat 2,0 pro die.

Galvanisiren. —

13. XI. 79. Genitalinspection ergab eine kleine helle Narbe, leicht strahlige unter der Clitoris und eine ähnliche unbedeutende vorn an der hinteren Wand der Vagina, neben unbedeutendem Fluor albus.

In der letzten Nacht hatte Pat. keine Schmerzen in den Armen mehr. Auch sollen die Schmerzen im Unterkiefer schon seit einigen Tagen verschwunden sein. Die Untersuchung auf Doppelbildung ergiebt: 1) vorgehaltener Finger wird bei jeder Stellung zu beiden Augen einfach gesehen, nicht doppelt; schliesst man abwechselnd das rechte und das linke Auge, so ergiebt sich, dass

das Bild des rechten Auges viel lichtschwächer ist, als das linke; mit Hülfe des bunten Glases wird Pat. schliesslich daran gewöhnt, dass sie doppelte Bilder sieht.

Nach rechts hin aussen stehen die Bilder horizontal, das dem rechten Auge zugewendete weiter nach rechts.

Nach links. Bilder stehen nebeneinander, das dem rechten Auge zugewendete mehr nach links.

Blick nach oben. Bilder übereinander, Bild des rechten Auges tiefer unten. Blick nach oben rechts. Bilder schräg übereinander. Bild des rechten Auges oben rechts. Blick nach unten rechts. Bilder schräg untereinander. Bild des rechten Auges unten rechts. Sehschärfe ist auf dem linken Auge völlig normal. Mit dem rechten Auge erkennt Pat. Snellen Nr. 36, auch Nr. 24 in einiger Decimeter Entfernung. Das Bild wird schärfer, wenn man Convex-Glas (Nr. 4 bis 6) vor das rechte Auge hält, auch kleinere Buchstaben sieht Pat. mit dem Convex-Glas etwas deutlicher, aber nie wird auch bei groben Gegenständen das Bild scharf. Sieht Pat. in die Entfernung nach einem leuchtenden Gegenstand, so erscheint derselbe auf dem rechten Auge lichtschwächer als auf dem linken.

14. XI. 79. In der Beweglichkeit des rechten Auges keine Veränderung. Gar keine Schmerzen weder im Gesicht noch in den Armen, nur mitunter im Gesicht und an der Stirn Gefühl von Zucken. Leichte Berührung im Gebiet des Ramus ophthalmicus etwas schwächer, im Gebiet des Infraorbitalis meist etwas schwächer, im Gebiet des mentalis ebenso gut als links empfunden. Auf der rechten Seite kann Pat. fast ebenso gut kauen als links. Objectives Nichts Deutliches zu constatiren.

Ordo: Kalii jodat 2,0 pro die.
Sublimatinjection 0,004 pro die.
Galvanisiren.

16. XI. 79. Motilität des rechten Auges unverändert, erloschen. Schmerzen bestehen nicht, nur Nachts leichtes Zucken in der Stirn. Leichte Nadelstiche werden an der Stirn und Wangen rechts etwas schwächer empfunden.

17. XI. 79. Keine Schmerzen. Die Beweglichkeit des rechten Auges nach unten ist im ganz leichten Grade vorhanden.

18. XI. 79 Abends. Keine Schmerzen. Der rechte Bulbus kann deutlich etwas nach unten bewegt werden. Auch scheint leichte Beweglichkeit nach aussen und leichtes Heben des Lides vorhanden zu sein.

19. XI. Bewegungen des rechten Auges nach unten und aussen jetzt deutlich vorhanden.

22. XI. Bis jetzt 8 Injectionen. Das Augenlid gelähmt. Bewegung des Auges nach unten etwas besser als nach oben, doch wird bei der Bewegung nach unten der Bulbus nach aussen bewegt, bei der Bewegung nach aussen, bewegt sich der Bulbus nach unten.

4. XII. Pat. hat bis jetzt 36 Gramm Jodkalium und 20 Injectionen gehabt. Vor einigen Tagen mit Acnepusteln besetzt, die aber jetzt abzunehmen scheinen. Das rechte Auge steht in der Ruhe leicht nach unten und aussen gerichtet. Ziemlich gut, aber noch lange nicht normal ist die Bewegung nach unten und die nach aussen-unten. Auch die Bewegung nach aussen scheint wiederzukehren, dagegegen fehlt jede Bewegung im oculomotorius. Therapia eadem.

17. XII. Pat. hat 31 Injectionen bekommen.

Ordo: Injection ausgesetzt.
Kalii jodat 3,0 pro die.
Galvanisation.

18. XII. Keine Schmerzen mehr. Keine Anaesthesie. Keine Beschwerden beim Kauen. Das rechte obere Lid absolut unbeweglich. Das rechte Auge steht nach aussen und etwas nach unten rotirt, Pupille ein wenig weiter als links, reagirt nicht. Nach aussen kann der Bulbus bewegt werden, so dass der äussere Cornealrand hinter dem Lidwinkel verschwindet. Nach unten gerade bewegt sich der Bulbus nicht. Nach unten-aussen bewegt sich der Bulbus gut, aber wenig ausgiebiger als nach aussen. Pat. giebt an, es komme ihr vor, als könne sie besser sehen.

6. I. 1880. Im Zustande der Lähmung durchaus keine Veränderung, der rechte Bulbus steht nach aussen und unten gedreht und kann in dieser Richtung noch weiter bewegt werden, während die Bewegung nach oben, wie nach innen ganz unmöglich ist, im Uebrigen fühlt sich Patientin ganz wohl und ist ausser Bett.

Ordo: Kalii jodat ausgesetzt.
Schwitzcur (täglich auf 1 heisses Bad 2 Stnd. schwitzen.
Galvanisation.

20. I. Während ihres Aufenthalts hat Pat. 13 Pfd. zugenommen. Sie sieht frisch und gesund aus. Ptosis des rechten Auges unverändert. Das rechte Lid kann nicht die Spur gehoben werden, und hebt man es, so steht der rechte Bulbus nach unten und aussen gedreht. Rechte Pupille viel weiter als linke, reagirt gar nicht. Das rechte Auge kann nach aussen gut bewegt werden, nach unten bleibt es hinter dem linken zurück, nach

oben ist es völlig bewegungslos, nach innen kann es etwas bewegt werden, bleibt aber dabei immer zugleich nach unten gedreht. Die Bewegung nach innen ist erst seit einigen Tagen bemerkt worden. Eine weisse Fläche sieht Patientin lichtschwächer. Keine Schmerzen im Gebiet des Trigeminus. Keine sensiblen Störungen.

Therapia eadem.

2. II. Abends. Status idem.

Ordo: Kalii jodat 1,0 pro die.

Galvanisation und Schwitzen.

10. II. Zu den früher genannten Stellen, deren Lähmung zurückgeht, scheint jetzt auch der Levator palpebrae zu kommen. Seit einigen Tagen behauptet Pat., das rechte Augenlid besser heben zu können. Heute ist eine leichte Heilung des rechten Lides deutlich.

1. III. 80. Levator palpebrae reagirt besser. Das rechte Lid kann bis zur Hälfte gehoben werden. Auch fängt jetzt der rectus superior an frei zu werden, indem der Bulbus nach oben bewegt werden kann. Die rechte Pupille etwas enger wie früher, aber noch weiter als linke, Reaction der rechten Pupille ist nicht deutlich.

Patientin wurde auf Wunsch entlassen.

Ehe wir zur Analyse der betreffenden Fälle schreiten, wollen wir Einiges über die Gehirntumoren im Allgemeinen und speciell über die Tumoren an der Basis cranii vorausschicken. Das Verständniss der topischen Diagnose der Gehirntumoren wird durch diese allgemeine Betrachtung resp. durch die Aufstellung gewisser typischen Symptomencomplexe, welche bei Tumoren an der basalen Oberfläche des Schädels auftreten, bedeutend erleichtert. Die ursächlichen Momente, welche bei der Entstehung der Gehirntumoren thätig und welche bei jedem concreten Falle den Begriff der Aetiologie der betreffenden Krankheit ausbilden, sind eben dieselben Einflüsse, die auch in anderen Organen für die Entwickelung der Geschwülste massgebend sind. Wir wollen die Anlage, die erworbene oder hereditäre Disposition zur Entwickelung von Neubildungen in erster Linie anführen. Wenn man einerseits der Disposition eine wichtige Rolle bei der Aetiologie der Geschwülste zuschreiben muss, so muss man anderseits die höchst mangelhafte wissenschaftliche Begründung dieses Begriffes ausdrücklich betonen. Die genauesten physikalischen und chemischen Untersuchungen des Blutes und des Gewebes vermochten bis jetzt keinen Aufschluss über das Wesen dieses aetiologischen Momentes zu geben. Allerdings ist es möglich, in einigen Fällen die Disposition zu einer oder der anderen Krankheit zu vermuthen,

wenn nämlich die Erblichkeit dabei mit im Spiele ist. Diese Fälle aber dienen eben zur Aufklärung der Erblichkeitsgesetze, ohne zum Verständnisse der Disposition selbst etwas beizutragen. Es ist die Thatsache nicht zu bezweifeln, dass Hirntumoren beim Manne häufiger vorkommen, als beim Weibe. Woran liegt nun die Ursache dieser für den Mann so entschieden ungünstigen Relation? Man hat die Vermuthung ausgesprochen, dass das männliche Gehirn mehr angestrengt und somit Schwankungen der Ernährung häufiger ausgesetzt wird, als das weibliche, dass ferner der Mann vielen Schädlichkeiten ausgesetzt ist, die in weit geringerem Grade das Weib betreffen. In dieser Beziehung sind der Abusus spirituosorum und die Schädelverletzungen hervor zu heben. Ob die Anstrengung des Gehirns, d. h. die geistige Thätigkeit, zur Entwickelung der Hirntumoren Veranlassung geben kann, darüber fehlen noch statistische Beweise. Es ist noch nicht bewiesen, dass die Frequenz des Hirnleidens durch Tumoren bei geistigthätigen Berufsmännern eine grössere sei, als bei anderen Menschen. Die Entstehung von Syphilomen, welche keine untergeordnete Rolle in der Reihe der Hirntumoren spielen, wird natürlich nicht durch Anstrengung des Gehirns herbeigeführt; dasselbe gilt auch von den häufigsten Hirntumoren[1]), nämlich von den Tuberkelgeschwülsten, „welche selten im Gehirn primär auftreten."

Ganz anders gestaltet sich die Sache bei der Betrachtung der Schädelverletzungen. Wunderlich, Hasse und besonders Virchow haben diesen Punkt gehörig gewürdigt und gezeigt, dass Schädelverletzungen nicht nur

1) Obernier. Ziemssen. Handbuch XI I. p. 197.

zu Hyperostosen an der inneren Schädelfläche, sondern auch zu krankhaften Wucherungen an den Hirnhäuten und im Gehirn selbst die Veranlassung geben.

Da wir die Tumoren an der basis cranii zunächst in's Auge fassen müssen, so wird es ganz genügend sein, wenn wir die allgemeine Symptomatologie der Hirntumoren nur mit wenigen Worten berühren.

Wir haben daran festzuhalten, dass jede Geschwulst, die das Gehirn drückt oder zerstört, krankhafte Erscheinungen erzeugen muss, da das Gehirn in eine starre unnachgiebige Kapsel eingebettet ist, und jede sogar unbedeutende Raumconsumption nicht nur die dem Drucke unmittelbar ausgesetzten Hirnpartien, sondern auch das ganze Organ beeinflusst. Die Intensität und Gestaltung der durch die Hirntumoren herbeigeführten Erscheinungen sind von folgenden Momenten abhängig: 1) Von individueller Reizbarkeit des Patienten und von dem Accomodationsvermögen[1]) des betreffenden Hirntheiles. In dieser Hinsicht wird aus leicht begreiflichen Gründen allgemein angenommen, dass das Accomodationsvermögen des Gehirns ein um so grösseres ist, je mehr sich der Sitz der Neubildung von der Basis und den Hirnganglien nach der Hirnrinde entfernt. 2) Von der Wachsthumsgeschwindigkeit des Tumors; die durch die Hirngeschwülste bedingten Symptome werden nicht unwesentlich von der Art des Wachsthums (Tuberkel, Carcinom) derselben und den Metamorphosen, die sich in ihren Gewebselementen vollziehen, beeinflusst. Das Krankheitsbild wird durch meningitische Erscheinungen complicirt. Die krankhaften Erscheinungen, welche durch

1) Nothnagel. Virchow's Archiv LVII S. 184, LVIII S. 420.

die Hirntumoren hervorgerufen werden, sind höchst verschiedener Natur. Im Ganzen lassen sich zwei Hauptgruppen von Symptomen unterscheiden: 1) es treten Erscheinungen hervor, welche auf ein diffuses Hirnleiden hindeuten, allgemeine cerebrale Erscheinungen; 2) solche, die sich direct auf eine locale Affection des Gehirns zurückführen lassen, diese werden als Herdsymptome aufgefasst. Alle die üblichen Gruppirungen der Symptome unter den Bezeichnungen: „Psychische Störungen", „Störungen der Sinnesnerven, der Motilität", „sonstige Störungen", Symptomengruppen dem Verlaufe der Krankheit nach, der Natur der Neubildung nach, dem Sitze nach, lassen sich in den Rahmen der oben angeführten Hauptgruppen einführen. Nur die Erscheinungen der „Fernwirkung" (Nothnagel), zumal wenn sie mit einer gewissen Bestimmtheit, resp. mit dem Character eines Herdsymptoms auftreten, können Schwierigkeiten für die allgemeine Gültigkeit dieser Haupteintheilung bieten.

Gehen wir nun zu dem speciell uns zu beschäftigenden Capitel, zu den Tumoren an der Basis cranii, über. Das Studium dieses Capitels wäre allerdings nicht schwer, wenn nur die Affectionen an der Basis in jedem concreten Falle die Grenzen der anatomischen Eintheilung derselben nicht überschritten hätten. „Leider lehrt die Erfahrung, dass scharfe Abgrenzungen der Art in Wirklichkeit nur sehr selten vorkommen".[1]) Nichtsdestoweniger müssen wir bei der Betrachtung der Basalaffectionen von dem gedachten anatomischen Gesichtspunkte ausgehen, d. h. die Eintheilung der Basis auf vordere, mittlere und hintere Schädelgrube und alle die anato-

1) Nothnagel. Topische Diagnostik der Gehirnk. S. 517.

mischen Verhältnisse, welche in jedem von diesen Basalabschnitten obwalten, in's Auge fassen. Die Tumoren an der Basis, wie auch in anderen Provinzen des Gehirns können in seltenen Fällen fast symptomenlos, latent verlaufen (Fall von v. Graefe)[1]). Zur Erklärung solcher Fälle kommt die von Nothnagel experimentell nachgewiesene Accomodationsfähigkeit des Gehirns in Betracht. Die krankhaften Erscheinungen, welche bei basalen Erkrankungen auftreten können, sind: Ausdruck einer intercraniellen Drucksteigerung, bis zur Zeit noch wenig ergründeten Folgen einer directen Betheiligung oder functioneller Beeinträchtigung der betreffenden Hirnpartien und die für die Diagnostik höchst wichtigen Erscheinungen, nämlich Reizung oder Lähmung der Hirnnerven.

Doch diese an und für sich bedeutungsvollen Symptome geben „höchst[2]) selten sichere diagnostische Anhaltspunkte." Die Sache gewinnt mehr an Sicherheit, wenn zugleich die Extremitäten afficirt, resp. gelähmt sind. Und hier wiederum ist nicht die blosse Thatsache einer stattgehabten Lähmung, sondern „die Art und Weise, in welcher die Hirnnerven und Extremitäten betroffen werden, d. h. Gruppirung der Erscheinungen" massgebend. In dieser Hinsicht, wie schon v. Graefe hervorgehoben hat, ist zu merken, dass die Hirnnerven vollständiger und hochgradiger gelähmt zu sein pflegen, als die Extremitätennerven. Ferner sind von grosser Bedeutung die Combinationen, unter denen die Hirnnerven bei basalen Processen afficirt werden. Man unterscheidet in dieser Beziehung zwei Möglichkeiten:

1) Nothnagel. Topische Diagnostik der Gehirnk. S. 522.
2) Nothnagel. Topische Diagnostik der Gehirnk. S. 533.

Gruppirung der Hirnnervenaffectionen bei einseitigem Sitz des Processes und Combination der Erscheinungen bei der doppelseitigen Läsion der Hirnnerven. — Bei unseren zwei Fällen sehen wir dem ganzen Verlaufe der Krankheit nach, dass wir mit einer einseitigen Affection resp. mit einem Tumor an der Basis cranii der mittleren Schädelgrube vielleicht syphilitischer Natur zu thun haben und nicht mit einem Tumor im Cerebrum selbst, „weil isolirte vollständige Lähmung des Oculomotorius oder des Abducens öfters längere Zeit als einziges Herdsymptom bei basalem Sitze bestehen kann, während dies bei intracerebralen Herden kaum jemals vorkommt.“[1])

1) Nothnagel. Topische Diagnostik der Gehirnk. S. 535.